【医和生会小規模多機能型さらい料金表】

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 様

○支払い方法	□座引き落とし（郵便局 ・銀行 ・ 農協）	□振込み	□現金

◇予防給付の方

項目	基本料金（1月）	ｻｰﾋﾞｽ提供体制強化加算Ⅰ（1月）	初期加算（1日につき）利用開始から30日間	総合マネジメント加算	介護職員処遇改善加算	合計
要支援1	3,403	640	30	1,000	10.20%	
要支援2	6,877					

◇介護給付の方

項目	基本料金（1月）	看護職員配置加算Ⅱ（月）	認知症加算（Ⅰ）（1月）	認知症加算（Ⅱ）（1月）	ｻｰﾋﾞｽ提供体制強化加算Ⅰイ（1月）	総合マネジメント加算（1月）	初期加算（1日につき）利用開始から30日間	介護職員処遇改善加算Ⅰ（月）	合計
要介護1	10,320	700	800	500	640	1,000	30×30	10.20%	
要介護2	15,167								
要介護3	22,062								
要介護4	24,350								
要介護5	26,849								

※上記は1割での介護保険給付となっております。年間所得によっては2割ご負担となる場合が御座いますのでご了承下さい。

負担率については介護保険負担割合証の確認をお願い致します。

3，実費を要するもの

項目	料金（円）	備考
食事代	1,500	朝食400円・昼食650円（おやつ込み）・夕食450円
宿泊費（1泊）	2,200	
タオル類	実費	バスタオル・30円/1枚　フェイスタオル・13円/1枚
オムツ代	実費	オムツ150円　尿取りパット代75円
その他	実費	医療費・理美容代・趣味活動費等

ご本人・ご家族への説明と同意：　　年　　月　　日

ご本人サイン：　　ご家族サイン：　　説明者サイン：